FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 1852.

CONTRIBUȚII

LA STUDIUL

TRATAMENTULUI HIPERTROFIEI DE PROSTATA

PRIN

PROSTATECTOMIA TRANSVEZICALĂ

ÎN DOI TIMPI

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Lucrare prezentată și susținută la 23 Iunie 1922

DE

I. NICULESCU

BUCUREȘTI

TIPOGRAFIA „CULTURA", STRADA CÂMPINEANU, 15

1922

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 1852.

CONTRIBUŢII

LA STUDIUL

TRATAMENTULUI HIPERTROFIEI DE PROSTATA

PRIN

PROSTATECTOMIA TRANSVEZICALĂ

ÎN DOI TIMPI

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Lucrare prezentată şi susţinută la 23 Iunie 1922

DE

I. NICULESCU

INSTITUTUL MEDICO FARMACEUTIC
BUCUREŞTI
BIBLIOTECA CENTRALĂ
Invent. Nr. 725 234

BUCUREŞTI

TIPOGRAFIA „CULTURA", STRADA CÂMPINEANU, 15

1922

Decan: D-nul Prof. Dr. Ionnescu Thoma

Profesori titulari:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	**Angelescu C.**
Chimia medicală	„ „	**Athanasescu N.**
Clinica chirurgicală infantilă şi ortopedie	„ „	**Bălăcescu I.**
Anatomia patologică Bacteriologia şi patogenia experimentală	„ „	**Babeş V.**
Medicina experimentală	„ „	**Cantacuzino I.**
Clinica geneco!ogică	„ „	**Daniel C.**
Clinica a II-a medicală	„ „	**Danielopol D.**
Anatomia topografică II	„ „	**Gerota D.**
Farmacia chimică şi galenică	„ „	**Georgescu M.**
Clinica şi teoria obstetricală	„ „	**Gheorghiu N.**
Anatomia topografică I Clinica I chirurgicală	„ „	**Ionescu Th.**
Clinica III-a medicală	„ „	**Ionescu D.**
Clinica III-a chirurgicală	„ „	**Juvara E.**
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	**Jianu A.**
Farmacologia şi materia medicală	„ „	**Lulu S.**
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „	**Meţeanu N.**
Clinica boalelor nervoase	„ „	**Marinescu Gh.**
Chimia analitică	„ „	**Minovici Şt.**
Clinica infantilă	„ „	**Manicatide M.**
Igiena şi poliţia sanitară	„ „	**Mezinescu D.**
Medicina legală	„ „	**Minovici M.**
Oftalmologia şi clinica oftalmologică	„ „	**Manolescu D.**
Clinica I-a medicală	„ „	**Nanu-Muscel I.**
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„ „	**Nicolau St.**
Clinica mentală	„ „	**Obregia Al.**
Fiziologia umană	„ „	**Paulescu N.**
Patologia generală	„ „	**Proca Gh.**
Anatomia descriptivă şi embriologia	„ „	**Rainer Fr.**
Zoologia medicală	„ „	**Solacolu T.**
Patologia medicală	„ „	**Thomescu I. Th**
Terapeutica experimentală	„ „	**Theohari A.**
Analiza alimentelor şi băuturilor	„ „	**Vintilescu I.**

PROFESORI AGREGAŢI:

Istologia normală şi Istogeneză	D-l Dr.	**Besnea St.**
Medicină operatoare	„ „	**Constantinescu C.**

JURIUL DE PROMOŢIUNE

Preşedinte, **D-l Prof. Dr. JIANU A.**

Membrii { **D-l Prof. Ionescu Th.**
„ **Conf. Dr. Butoianu Mihail**

Suplinitor, **D-l Docent Dr. Marinescu G.**

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului ţş nu are a exprima, nici aprobare, nici dezaprobare.

INTRODUCERE.

Prostatectomia transvezicală în doi timpi, prezintă o incontestabilă superioritate ca rezultat terapeutic asupra aceleiaş operaţii practicată însă într'o singură şedinţă.

Justificarea valorii sale voi căuta să o arăt, sprijinit pe rezultatele excelente obţinute prin acest procedeu în serviciul clinicei genito-urinare de sub conducerea D-lui Profesor Dr. Amza Jianu, sub a cărui deosebită bună-voinţă şi după îndemnul şi sfaturile D-lui docent Dr. Gh. Marinescu, am întreprins această lucrare.

Dacă importanţa mare a subiectului va suferi în această expunere, cari apare mai mult ca un rezumat al chestiunii ce poate fi desvoltat şi complectat chiar, însemnătatea metodei operatorii însă, desigur rămâne aceiaş, graţie chirurgilor cari i-au înţeles la timp utilitatea şi cari continuu îi dovedesc avantagiile sale.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545818_0032

HIPERTROFIA PROSTATEI.

Consideraţiuni anatomo-patologice.

Pentru a înţelege în ce consistă şi cari este rostul intervenţiei chirurgicale ce ne propunem a trata, găsim cu cale să întregim această lucrare, prin câteva consideraţii de ordin anatomo-patologic asupra afecţiunei cunoscută sub numele de hipertrofia prostatei, după lucrările mai recent făcute în această direcţie.

Fără a intra în prea multe amănunte, constatăm că dacă din punct de vedere patogenic, părerile asupra acestei afecţiuni au fost deosebite, fiind privită succesiv ca manifestarea unei maladii generale — arterio-scleroza — (Guyon), ca un proces inflamatoriu (Ciecanowski) — sau ca o neoplazie (Albarran, Hallé), putem totuşi desprinde concepţia comună şi dominantă, care constitue din punct de vedere anatomo-patologic, teoria clasică.

Hipertrofia prostatei ţinea de o leziune a prostatei însăşi, leziune ce se evidenţia printr'o mărire de volum şi modificări în forma organului.

Această mărire de volum (hipertrofie-Baillie) interesa fie glanda în totalitate — hipertrofie generală — totală, fie porţiuni din ea — hipertrofie parţială (lob mijlociu, lobi laterali, comisura anterioară); şi pentru a cuprinde şi mai bine multiplele varietăţi sub cari se înfăţişa macroscopiceşte, s'a simţit nevoia a se complecta această clasificaţie, introducându-se termeni de simetrică când hipertrofia era re-

gulată și asimetrică când hipertrofia predomina printr'o desvoltare mai accentuată.

In cea ce privește natura istologică a țesutului hipertrofiat părerile sunt, după cum remarcă prof. Pousson, pe cât de numeroase pe atât de variate, în cât pe scurt se poate spune că hipergeneza fiecăruia din elementele constitutive ale glandei normale a fost privită rând pe rând, drept caracteristica anatomică a afecțiunei. Astfel cu excepția câtorva păreri izolate (Rokitanski-Jores), autorii erau de acord în a recunoaște că totdeauna în această afecțiune, leziunea patologică se producea în dauna prostatei. Era, după cum am spus, teoria clasică cari dăinuește cam până la începutul secolului actual, când începe să piardă terenul ne mai corespunzând noilor achiziții bazate pe numeroase studii anatomice precise.

Și într'adevăr, pe deoparte cercetările întreprinse în special asupra formațiunei patologice denumită lobul mijlociu, de către Dittel, Socin, Jores, Albarran și Motz, ajung să afirme faptul important că această formație ar putea lua naștere și în altă parte decât în prostată și anume: după Jores, ar proveni din desvoltarea glandelor normal situate între mucoasa uretrală și sfincterul vezical — după Albarran și Motz, fie din porțiunea intermediară prespermatică a prostatei, fie din glandele numite sub-cervicale.

Pe dealtă parte, operațiile practicate pentru ablatia prostatelor hipertrofiate vin să aducă operatorilor îndoiala asupra originei prostatice a hipertrofiei. Freyer credea că ridică toată prostata, că făcea o adevărată prostatectomie. Dar cercetările întreprinse pentru a se da seama de cea ce rămâne în urma prostatectomiei, făcu să se vadă că departe de a se ridica acest organ, era lăsat pe loc.

Cuthbert Wallace arătă în mod neîndoios că așa zisa pseudo-capsulă era formată de prostata împinsă și turtită, fapt ce se putea recunoaște cu ușurință la microscop ; cea ce se ridică era o tumoare independentă de prostată.

Discuţii numeroase se ridică între anatomişti şi chirurgi şi ideile noi încep să-şi facă loc. Bănuiala asupra neexactităţii teoriei clasice se transformă în certitudine, când în 1905 Motz şi Perearnau, bazaţi pe cercetări multiple, emit o nouă idee ce păru revoluţionară şi cari ajunge să constituiască teoria modernă.

„Hipertrofia prostatei se produce numai în dauna glandelor peri-uretrale şi a stromei ce le înconjoară; prostata propriu zisă nu ia nici o parte la formaţia maselor neoplazice, ea sufere numai o atrofie mai mult sau mai puţin pronunţată".

Numeroase constatări de ordin anatomic, chirurgical şi clinic vin să confirme această teorie.

a) Examenul pieselor de hipertrofie incipientă mai ales, recunosc că tumoarea există înaintea sfincterului neted şi după extirpare se văd resturile rămase din acest sfincter.

b) In timpul prostatectomiei se respectă canalele ejaculatoare iar porţiunea supra-montală a uretrei este ridicată.

c) Uşurinţa cu care se face extirparea tumorii pe cale transvezicală când este interesată numai mucoasa, pe când pentru a extirpa întreaga prostată este aproape o imposibilitate fără deteriorări însemnate;

d) Persistenţa prostatei după ablatia tumorii, dovedită microscopiceşte.

e) Regăsirea V-ului prostatic la ţesutul rectal în urma prostatectomiei.

f) Cazuri de prostatită după operaţie.

In sprijinul teoriei moderne, aduc contribuţii preţioase Marquis, Cuneo, Marion, Legueu, Papin şi Verliac etc. Teoria neoplaziei glandelor peri-uretrale este recunoscută şi substitue vechea teorie a hipertrofiei prostatei. Marion mai puţin exclusivist, recunoaşte exactitatea teoriei celei noi cu adaosul că procesul neoplazic poate interesa şi glandele prostatice câteodată.

Astfel ajunge a se stabili că afecţiunea denumită, hipertrofia prostatei, este caracterizată anatomic prin

desvoltarea unor masse neoplazice de origină glandulară, cu o structură diferită după cazuri (3 varietăți: Albarran-Motz-Hallé), de natură esențial benignă (Le Dentu), cari cresc în dauna glandelor peri sau parauretrale (Motz și Perearnau, Cuneo), din porțiunea posterioară a uretrei, în apropierea colului vezical (segmentul prespermatic Legueu și Papin) deasupra veru-lui montanum.

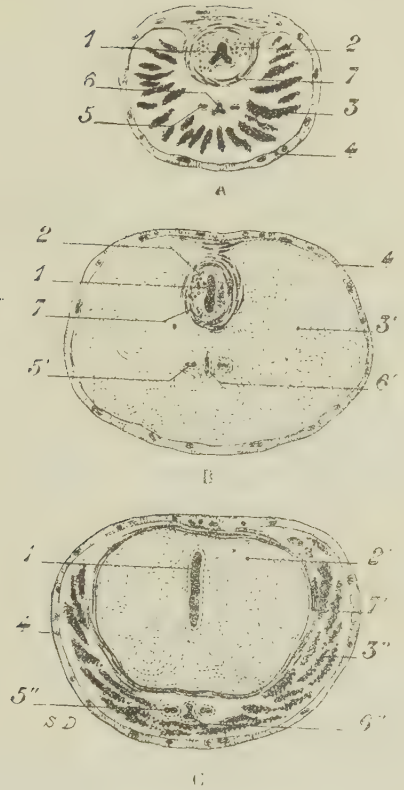
Termenul de hipertrofie deci, nu mai este cu nimic justificat față de leziunea caracteristică astfel determinată; se mai întrebuințează totuși fiind consacrată prin uzaj. In ultimul timp Papin și Verliac, demonstrând că hipertrofia prostatei este un procesvegetant uretral și suburetral posterior cari dă naștere la neoformații glandulare, propun denumirea de tumori benigne uretro-prostatice.

Incontestabil că aceste tumori, cari deși nu au nici un raport morfologic cu prostata, vor produce însă prin faptul desvoltării lor, modificări și deformații asupra organelor cu cari vin în contact, constituind în acelaș timp și obstacolul în evacuarea urinelor, ale cărui consecințe vor fi resimțite de întregul aparat urinar.

Astfel fiind, vom considera după datele mai noi de anatomie patologică, caracterele macroscopice și microscopice ale acestor neoplazii în stare izolată și apoi modificările suferite de organele ce vin în raport mai mult sau mai puțin apropiat cu ele, inclusiv căile urinare superioare.

Macroscopic. Tumorile uretro-prostatice situate totdeauna în jurul uretrei și înconjurate de un strat mai mult sau mai puțin gros de țesut prostatic, sunt tumori enucleabile; încep a se forma după cum susțin Papin și Verliac fie printr'un nucleu sau grup de nuclei unic, cari mărindu-se din ce în ce ajunge de împing prostata reducându-i paremhinul la un strat destul de subțire — fie prin nuclei multipli cari fuzionându-se mai târziu formează o masă unică.

Considerate izolat din piesele de necropsie sau de



Secțiuni transversale în prostata normală și în prostata hipertrofiată

A Prostata normală.

B. Prostata hipertrofiată după teoria clasică; leziunile interesează glanda prostatică propriu zisă.

C. Prostata hipertrofiată după teoria modernă; leziunile interesează glandele peri-uretrale, glanda prostatică este îndemnă.

1. Uretra; 2. glandele periuretrale; 2'. tumoarea adenomatoasă desvoltată în dauna acestor glande; 3 glanda prostatică adevărată: 3'. aceiaș, locul tumori adenomatoase; 3''. aceiaș, normală, dar împinsă în afară prin desvoltarea tumorii în dauna glandelor peri-uretrale; 4. capsula prostatică; 5 și 6. canalele ejaculatoare și utricului prostatic; 5' și 6'. aceleaș înglobate de către tumoarea adenomatoasă; 5'' și 6''. aceleași împinse afară; 7. sfincterul neted al uretrei; 7'. acelaș împins în afară. (După Testut et Jacob).

operație, aceste tumori departe de a lua configurația prostatei se înfățișează sub forme și volum diferit:

Astfel au fost distinse: 1. *Tumori mici*, de mărimea unui bob de mazăre și ceva mai mari; unică sau multiple, ovoide câte o dată piriforme se găsesc ca sediu topografic fie la nivelul colului vezical, când tind să proemine în vezică, fie ceva mai jos în jurul canalului uretral când proemină sub mucoasă. Relativ greu de diagnosticat nemodificând aspectul exterior al prostatei, reprezintă cazurile denumite de Guyon „prostaticii fără prostată".

2. *Tumori mijlocii*, cele mai frequente de mărimea în mediu cât acea a unui ou de găină. Se întâlnesc *a)* ca o masă unică cu extremitatea mai mare în jos *b)* ca 2 mase fie dispuse lateral față de uretră (varietate numită înainte hipertrofia lobi laterali *c)* fie superpuse (varietate rară) *d)* 3 mase două laterale și una mediană (așa zisul lob median) (varietatea de hipertrofie totală).

3. *Tumorile mari*, relativ rari luând dimensiunile unei portocale. Unele din această categorie iau o formă în grapă.

Constituția și structura tumorilor. Masele neoplazice ni se înfățișează constituite în lobi. Acești lobi dispuși în mod cu totul variat, când unul singur median, când 2 laterali sau altădată 2 laterali și unul median, au fost asimilați mai înainte cu lobii normali ai glandei fără ca să existe în realitate, după cum am văzut, vreun raport morfologic între ei. Lobii neoplazici la rândul lor sunt formați de o serie de noduli albi-gălbui rotunzi sau ovoizi cari au tendința de a se enucleea din secțiuni; sunt cea ce se descrisese mai înainte sub numele de corpi sferoizi — în realitate adenoame constituite de acinii glandulari dilatați.

Consistența lor, după cum hiperplazia interesează mai mult glandele sau stroma, hotărând asupra felului de hipertrofie, variază între nodulul moale suculent și nodulul dur uscat — în plus cazurile interme-

diare mixte. Albarran Hallé au remarcat uneori transformarea sau degenerarea adenomului prostatic în epiteliom.

În jurul zonei neoplazice se găsește țesut prostatic de aparență normală.

Leziuni inflamatorii au fost observate în țesutul intestițial din jurul fundurilor de sac glandurale.

Venele mai totdeauna dilatate.

Lequen și Gaillardot au arătat că adenomul prostatic prezinta o toxicitate remarcabilă.

Modificările aduse de prezența neoplaziei.

Prostata. Masa ce reprezintă hipertrofia, ori cari ar fi volumul ei se desvoltă înaintea prostatei și împingând-o o reduce la un strat destul de subțire prin înghesuirea țesutului ei. Intre tumoare și prostată se găsește totdeauna un plan de clivaj.

Uretra. In raport cu volumul masei neoplazice, canalul uretral sufere:

1. o alungire, care interesează mai cu seamă peretele posterior dela 3 cm. lungimea uretrei prostatice normale poate ajunge la 6 cm. și mai mult chiar 10 și 12 cm.;

2. o schimbare în direcția canalului, fie în sens antero-posterior, rezultată din disproporția dintre alungirea peretelui posterior față de cel anterior când în locul curbei regulate cu concavitatea înainte se produce un adevărat unghi în cari vin să lovească instrumentele pe care le-am introduce; sau în sens transversal determinate de desvoltarea neegală a maselor laterale când poate lua aspecte diferite în S în zigzag etc.;

3. mărirea diametrului antero-poster.;

4. micșorarea diametrului transvers;

5. modificări în formă — când în porțiunea superioară în loc de o fantă transversală, se observă totdeauna o fantă în direcție aproape antero-posterioară, ușor concovă într'o parte și deviată lateral; alteori bifurcată ca un Y.

Colul vezical sufere:

a) o ridicare, determinând consecutiv apariția unui bas-fond;

b) deformațiuni, cari modificându-i aspectul normal îi dă înfățișări deosebite; au fost descrise mai înainte sub numele de hipertrofie în bară, în evantai inelară—și atribuindu-se lobului mijlociu;

c) calibrul său deși mai mare ca în stare normală, pereții săi fiind mai rigizi se desfac cu greu la trecerea urinei.

Veziculele seminale și canalele ejaculatoare mai alungite sunt totdeauna situate în spatele tumorei neoplazice.

Vezica. In dauna trigonului cât și a peretelui său postero-inferior se constitue un bas-fond, determinând o modificare în forma vezici prin schimbarea punctului decliv. In plus apoi ridicăturile numite coloane și depresiunile ce pot ajunge destul de mari celule vezicale. Capacitatea sa în afară de cazul unei cistite este mărită.

Structura ei este încă mult schimbată; pereții se îngroașe sau se subțiază după evoluția afecțiunei.

In urma procesului inflamatoriu mucoasa se îngroașe și se vascularizează.

Stratul muscular care se hipertrofiază la început, sufere în urma inflamației leziuni de scleroză hipertrofică sau atrofică; fibrele musculare se desociază; stratul conjunctiv extern, când vezica este inflamată mai mult timp, poate lua proporții neobijnuite.

Ureterele și rinichi. Rinichi de obicei deja atinși la acești indivizi în vârstă, atât în structura lor cât și funcțional, va suporta în plus și repercusiunea hipertrofiei după evoluția ei.

Intr'o retenție acută cari s'ar prelungi, urina fiind împiedicată în drumul ei ureterele, bazinetul se congestionează și se dilată - rinichi deasemenea se congestionează prezintând chiar emoragii interstițiale.

In retenția cronică uretrele dilatate se lungesc și

câte odată prezintă îndoituri iar pereții lor se îngroașe. Bazinetul prezintă leziuni asemănătoare.

In cazul unei distensii aseptice rinichiul mărit de volum oferă leziuni de nefrită interstițială, iar dacă procesul de scleroză a fost mai pronunțat e mai mic, se atrofiază.

Când pe lângă distensie se adaogă și infecțiunea leziunile renale sunt mult mai grave, pe lângă nefrita interstițială se instalează și leziuni de pielonefrită supurată.

TRATAMENT

Concepţiile diferite în ceeace priveşte patogenia şi anatomia patologică a hipertrofiei prostatei au făcut ca şi mijloacele terapeutice aplicate în această afecţiune să fie numeroase şi variate. Suscitate mai ales de fenomenul alarmant din expresia simptomatică a afecţiunei – retenţia, tratamentele sunt îndreptate în această direcţie căutând: - fie prin mijloace paliative să se obţină evacuarea urinelor prevenindu-se oarecum complicaţiile destul de serioase ce fatal survineau - fie acţionând direct sau indirect asupra elementului primordial mărirea de volum a prostatei, să micşoreze sau să facă să dispară obstacolul prostatic.

Rezultatele obţinute însă, au făcut ca multe din aceste mijloace să fie părăsite, rămânând de un interes pur istoric iar altele cu eficacitate relativ mulţumitoare totuşi pasageră să-şi mai găsească încă întrebuinţarea în anumite stadii din cursul afecţiunei.

Adevăratul tratament — tratamentul radical — nu putea fi altul decât cel care după cum spune prof. Legueu, avea să suprime definitiv obstacolul micţiunei oprind evoluţia procesului patologic. Şi prostatectomia vine să răspundă acestor deziderate.

Practicată cu rezervă la început când oare-cari eşecuri erau firesti, rezultatele încurajetoare de mai târziu însă, au făcut să se vadă că pe baza unor cunoştinţe mai precise şi cu o technică bine stabilită această operaţie avea să ajungă în viitor tratamentul indicat în hipertrofia prostatei.

Prostatectomia — προστατης — prostata εκτομή ablatie- este operaţia care constă în extirparea totală sau parţială a prostatei.

Două au fost căile alese pentru a se ajunge la prostată.

Calea supra-pubiană transvezicală şi calea perineală, creându-se de aici 2 metode în prostatectomie.

Metoda perineală în care secţionându-se planurile destul de complexe ale acestei regiuni, prostata era ridicată prin morselare, conservându-se uretra prostatică: drenaj perineal. Operaţie oarecum violentă interesând direct funcţia genitală, prin rezultatele îndepărtate mai ales nu totdeauna sigure, ajunge să fie mai târziu din ce în ce mai puţin aplicată.

Metoda transvezicală, unde printr'o talie hipogastrică obijnuită se abordează prostata transvezical; ridicăturile prostatice erau uşor puse în evidenţă şi ablaţia la început parţială mai târziu în bloc enucleare cu degetul -interesa şi uretra supramontanală drenaj hipogastric. Cu o technică mult simplificată şi cu regulamentarea îngrijirilor post operatorii este menită să substitue pe cea dintâi.

Calea intra-uretrală, întrebuinţată de Mercier Civiale, şi cea rectală, preconisată de Routier şi Ségond au rămas căi de exploatatie clinică.

Deşi cea dintâi operaţie făcută asupra prostatei hipertrofiate este o prostatectomie transvezicală (Amussat) acest procedeu operator nu ajunge a fi bine stabilit şi vulgarizat decât în 1900 de către chirurgul englez Freyer deşi Füller în America publicase la 1895. 6 cazuri de prostatectomie printr'o metodă asemănătoare..

Cu toate acestea când Freyer publica la 12 Iulie 1901 în British Medical Journal, procedeul lui de prostatectomie totală transvezicală. nu făcea decât să perfecţioneze operaţia făcută în 1886 de către Belfield în America şi 2 ani mai înainte de către Mac. Gill în Anglia urmând metoda inovată de Amussat în 1827 în cursul

unei talii supra pubiene pentru calcul vezical când spune că a excizat o porțiune din prostata ce proemina.

Belfield și Mac Gill ridicau pe cale supra-pubienă numai părți din prostată hipertrofiată; prin procedeu său Freyer susținea pe lângă alte avantajii că ridică toată prostata hipertrofiată aducând astfel o metodă cu mult mai bună nu numai față de chirurgi cari operase înaintea lui pe cale supra-pubienă dar mai ales față de cei cari urmau calea perineală pe'atunci singura uzitată.

Și în adevăr în acest timp prostatectomia perineală, preconizată de Dittel modificată și perfecționată de Baudet, Proust și Gosset, Albarran ajunsese în urma contribuțiilor aduse o operație cu o technică definitiv stabilită și cu indicații operatorii bine fixate.

In Franța dealtfel era aproape singurul procedeu de prostatectomie. In America Alexander în Anglia Nicoll practicau această operație pe cale combinată folosindu-se de ambele căi de acces-perineală și hipogastrică. Ca apariția procedeului Freyer se începe polemica asupra celui mai bun mod de a opera și părerile chirurgilor se împart. Chestiunea este desbătută în mai multe congrese succesive Madrid 903, Paris 904, Bruxel 905, etc. și avantajiile noului procedeu încep a fi recunoscute făcându-l din ce în ce mai întrebuințat.

Freyer în vederile teoriei clasice explica ridicarea prostatei hipertrofiate susținând: că formată din 2 mase laterale unite înapoi era acoperită de 2 învelișuri: un prim înveliș capsula adevărată o foiță membranoasă care înconjura însuși organul hipertrofiat iar cellalt înveliș teaca prostatică mai gros era format din fascia recto-vezicală.

Intre capsulă și teacă era planul de clivaj de cari se folosea degetul pentru extirpare, întocmai cum s'ar curăți o portocală de coaja ei ca să întrebuințăm comparația autorului însăși.

Am văzut însă cum lucrările lui Motz și Péréarnau Cuneo au modificat concepția clasică precizând se-

diul topografic şi origina anatomică a leziunei; cum Cuthbert Vallace a dovedit cel dintâi că prostata departe de a fi ridicată rămânea pe loc; încât această operaţie trebue înţeleasă ca o enucleaţie a maselor neformate decât ca o prostatectomie propriu zisă. Termenul totuşi a rămas prin uzaj.

Deşi începuturile prostatectomiei transvezicule nu au fost tocmai fericite graţie însă perfecţionărilor ce i s'au adus neîncetat atât în ceeace priveşte tehnica operatorie cât şi în special asupra îngrijirilor consecutive au făcut să ajungă procedeul aproape exclusiv întrebuinţat de majoritatea chirurgilor. Urmările şi efectele sale curative fiind mai bune îi aduse o preferinţă justificată asupra metodei perineale. Avantajiile îi sunt unanim recunoscute.

Este o operaţie mai uşoară şi în plus completă suprimându-se toată tumoarea adenomatoasă. Recidivele menţionate în urma procedeului pe cale perineală sunt înlăturate. Fistulele urinare consecutive căii transvezicale deşi excepţionale sunt uşor curabile pe când operaţia practicată perineal expune la fistule uretrorectale cu urmări terapeutice dificile. Rezultatele funcţionale urinare sunt satisfăcătoare; evacuarea vezici este mai completă — nu lasă incontinenţă. Permite conservarea funcţiei genitale.

Cu toate acestea, prostatectomia transvezicală practicată astfel într'o singură şedinţă este o operaţie destul de serioasă şi procentul mortalităţei a pus de de multe ori în ezitare pe chirurgi.

Un şoc operator pronunţat, o emoragie rebelă, accidente toxi-infecţioase aduceau eşecuri neprevăzute şi fac ca indicaţiile acestei operaţii să se restrângă.

O excelentă inovaţie însă adusă prostatectomiei vine să rezolve cu mult succes aceste incoveniente lărgind din nou şi în plus cadrul de aplicare al ei.

Această inovaţie constă în a despărţi printr'un interval de timp cei 2 timpi principali din prostatectomie. Se efectuează aşa dar mai întâi o cistostomie şi apoi mai târziu prostatectomia enuclearea tumorei adeno-

matoase. Mai mulţi chirurgi practicase cu mult înainte o incizie largă a vezicei în scopul de a remedia diversele accidente la prostatici dar Prof. M. Poncet din Lyon îi revine meritul de a fi pus indicaţiile de a fi modificat technica operatorie de a fifăcut într'un cuvânt o operaţie metodică. Şi dacă reproducem textual din teza Dr. Bonan din Lyon 1891, făcută sub indicaţiile Prof. Poncet:

„Prostatectomia poate fi o operaţie excelentă la cari duce prin drumul cel mai scurt operaţia *preliminară* a cistostomiei supra-pubiene", se poate vedea că principiul prostatectomiei secundare era enunţat încă la această dată.

Avantajiile incontestabile ale cistostomiei la prostatici erau necunoscute de toţi chirurgi cari o aplicase.

Dr. Rohmer dela facultatea de medicină din Nancy în 1885, îi recunoaşte meritul de a servi la aceşti bolnavi ca o supapă de siguranţă.

Dar cazuri unde să-i se fi asociat ulterior prostactectomia sunt datorite mai mult unei coincidenţe de împrejurări.

Astfel 1892 *Socin* avu ocazia să practice o porstatectomie perineală la un bolnav căruia i se făcuse cu 15 zile mai înainte o cistostomie hipogastrică.

Audry elev al şcoalei lioneze într'un articol din Arch. prov.. de chir. din Toulouse Iunie 1902, relatează cazul unui bolnav căruia i se făcuse de către un alt chirurg o cistostomie. Starea generală îmbunătăţindu-se Audry se decide la o prostatectomie perienală

Adunând în literatura medicală până la această dată încă 8 cazuri similare remarcă că prostatectomia efectuată în atari condiţiuni poate da rezultate bune.

E. Adenot din Lyon în Arch. pror. de chir. Februarie 1902 spune: „Dându-i-se cistostomiei metodice după indicaţiile lui Poncet, largul loc cari îi revine de drept în tratamentul accidentelor grave ale prostatismului se va putea într'un număr de cazuri desigur mai mare decât până acum să se asocieze cu folos acesteia

din urmă, prostatectomia, căreia îi va putea constitui atunci primul timp.

Bolnavilor cu complicaţii urinare ne vom mărgini în a le practica o simplă cistostomie şi ulterior dacă starea generală se ameliorează ne putem gândi la posibilitatea unei prostatectomii tardive.

Lelienthal în American J. of. med. Sciences din Ianuarie 1902, declară categoric: cistostomia suprapubiană trebue să constitue primul timp al ori cărei intervenţii pe prostată.

Weiner în Medical Journal Martie 1905 bazat pe 11 cazuri spune: Prostatectomia suprapubienă în 2 timpi poate fi făcută şi poate salva cazurile cele mai desperate.

In al XI-lea congres al asociaţiei franceze de Urologie dela 10—12 Oct. 1907.

Carlier din Lille vorbind de prostatectomia transvezicală relevă rezultatele sale satisfăcătoare atât din punct de vedere operator cât şi funcţional recunoaşte însă că gravitatea acestei operaţii, ţine mai cu seamă de infecţia căilor urinare şi în special cele superioare; propune la prostaticii infectaţi, bazat pe 4 cazuri fericite, cistostomia prealabilă şi apoi după câteva luni chiar când starea generală s'a ameliorat enuclearea tumorilor uretro postatice.

Dela această dată atenţia chirurgilor este îndreptată către acest procedeu; succesele din ce în ce mai numeroase, benignitatea sa vădită, fac să ajungă o operaţie de mare valoare în chirurgia urinară.

PROSTATECTOMIA TRANSVEZICALA IN DOI TIMPI.

Technica operatoare.

Primul timp. — Cistostomia.

După cazuri și după preferința operatorului, cistostomia poate fi realizată cu rachi-anestezie sau cu anestezie locală (o serie de injecții cu novocaină 1 p. 100 în peretele abdominal și țesuturile prevezicale).

Bolnavul înainte de a fi adus în sala de operație, i-se administrează o spălătură vezicală cu o soluție de nitrat de argint 1 $^{0}/_{00}$ sau cu hipermanganat de potasiu 1 p. 4000.

Este așezat pe masă în poziție orizontală sau puțin inversată. Regiunea supra-pubiană rasă, câmpul operator badijeonat cu tinctură de iod, este delimitat prin 4 comprese aseptice.

Se incizează în regiunea hipogastrică, pe linia mediană pe o întindere de 3 -8 cm. la un lat de deget deasupra simfizei. Pielea și țesutul celular subcutanat odată secționate se ajunge cu bisturiul pe planurile aponevrotice sau musculare reprezentate prin linia albă, marele drept al abdomenului și piramidalul. Aceste planuri traversate ne găsim în fața stratului de grăsime prevezical; marginele plăgei fiind îndepărtate de ajutor, indicele drept al operatorului este introdus cu pulpa în sus și îndoindu-l se trage spre extremitatea superioară a plăgei, ridcând odatiă cu țesutul grăsos și fundul de sac peritoneal.

Pentru a găsi mai uşor vezica, se evidenţiază prin distindere, introducându-se cu o pară de cauciuc o cantitate de aer; astfel vom avea înainte peretele său anterior, ce se poate recunoaşte după aspectul său caracteristic şi după venele ce îl acopăr. Vezica odată recunoscută, se trece prin ea, două fire de catgut, deoparte şi de alta a liniei mediane, cari vor servi să o menţie după deschidere. Trăgând-o puţin în afară, se incisează în spaţiul dintre cele 2 fire, pe o întindere cam de 2 cm.

Se introduce depărtătorul vezical (pentru a descoperi cavitatea) şi cu degetul se explorează apoi interiorul vezicei, ridicând calculii ce s'ar găsi, apreciind volumul tumori, etc.

Se aşează un tub Marion sau două tuburi cauciuc pentru drenaj vezical cu dublu curent, cari pentru a se menţine mai bine se fixează de peretele abdominal printr'un punct de sutură. Apoi se fixează deasemenea şi vezica la peretele abdominal cu ajutorul firelor trase la început; terminăm operaţia reducând plaga abdominală prin câte-va puncte de sutură cu catgut şi sertolină.

* * *

Această primă operaţie terminată, bolnavul intră în faza de repaos preparator, în vederea celei de a doua intervenţii — enuclearea tumorilor uretro-prostatice — şi pentru a-l aduce în stare să o suporte cu bine, se va avea în vedere toate îngrijirile necesare, complectând astfel şi sprijinind ameliorările produse de cistostomie.

Pansamentele schimbate la timp, dezinfecţia zilnică a vezici prin irigaţii antiseptice, un tratament general cu un regim adequat pentru remontarea forţelor slăbite, sunt preocupaţiuni ce nu trebuesc neglijate în această fază preparatorie atât de importantă pentru succesul final.

Durata acestui interval de pregătire nu poate fi fixată mai dinainte, depinzând de evoluţia afecţiunei

ce variază dela individ la individ. Dela cel puțin o lună poate să ajungă la un an și chiar mai mult.

D-l Profesor Amza Jianu recomanda totdeauna o conduită de observație, prelungind acest interval de timp, până la o ameliorare notabilă a stărei generale a bolnavului și rezultatele obținute în clinica D-sale sprijinesc îndeajuns acest punct de vedere.

A interveni mai înainte ca cistostomia să-și fi manifestat complect efectele sale, înseamnă a se expune la consecințe regretabile. Se va observa deci bolnavul cu atenție, și când pe lângă starea generală și locală, funcțiunea rinichilor indicată de dozagiul ureei în sânge, constata Ambard, probele de concentrație maximă, și de eliminare vor ajunge cu adevărat satisfăcătoare putem proceda după toate acestea la cel de al doilea act operator.

Timpul II. — Prostatectomia. (Enuclearea tumorilor adenomatoase utero-prostatice).

Anterior operației se dezinfectează cavitatea vezicală cu o soluție de nitrat de argint 1 %₀₀.

Anestezie rachidiană; cea mai curent întrebuințată.

Se poate utiliza deasemenea anestezia locală (Legueu) sau regională (Perrier).

Bolnavul este așezat în poziție orizontală sau ușor inversată.

Se începe prin a se desface cistostomia preliminară, incizându-se țesuturile de jur împrejurul vechiului orificiu , detașând în acelaș timp și vezica de peretele abdominal pentru a-și recăpăta locul său în profunzime.

Vechia incisie este mărită fără nici un accident, în spre pubis atât cât să permită celor 2 degete (indicator și mediu) o mai ușoară manipulare în decolarea și extracția tumorii

Marginele plăgei îndepărtate se procedează la enucleare.

Se introduce în rect, indicele mâinei stângi înmânușată pentru a împinge și a fixa oare-cum masa

hipertrofiată, asupra căreia va acţiona indicatorul celei lalte mâini, introdus în vezică. Se începe decolarea. Indicele introdus în colul vezical, forţează peretele anterior al uretrei, (fără a împinge prea tare când s'ar putea trece în ţesutul peri-prostatic), rupe mucoasa şi începe a deslipi tumoarea fie spre dreapta sau spre stânga, după cazuri, urmând mai departe planul de clivaj de jur împrejurul colului.

In timp ce indicele mâinei stângi împinge în sus şi menţine tumoarea adenomatoasă, indicatorul drept o deslipeşte urmând planul de clivaj (După Marion).

Masa adenomatoasă deslipită, este reţinută în extremitatea sa inferioară, de uretră, pe cari o rupem cu unghia sau cu foarfecele curbe. Extracţia din vezică este de multe ori îngreunată din cauza dimensiunilor tumori faţă de orificiul vezical şi atunci e nevoe de a o trage cu o pensă sau chiar a o fracţiona.

Odată terminată extracția, se curăță vezica de sânge iar cavitatea creată în urma ablației este bine tamponată cu meșe legate prin fire de mătase cari vor înlesni scoaterea lor.

Se introduc apoi pentru drenaj 2 tuburi de cauciuc, perforate lateral la extremitatea lor inferioară, în cavitatea vezicei și se vor fixa printr'un punct la peretele abdominal.

(Prof. Legueu întrebuințează tubul gros Freyer. Prof. Marion are un aparat al său format din două tuburi dintre cari unul mai subțire).

Se reduce incizia vizicală în jurul tuburilor prin sutura în două planuri, plaga abdominală este deasemenea redusă, planul muscular cu catgut și pielea cu puncte separate de sertolină.

Se acopere plaga hipogastrică cu comprese și se face un bandaj prin care es tuburile de drenaj.

* * *

Operația complect terminată cu efectuarea timpului II, urmează îngrijirile post operatorii de o importanță deosebită pentru rezultatul final.

Astfel prin îngrijiri de ordin local vom căuta să asigurăm vindecarea rapidă a plăgilor suprapubiană și vezico-prostatică, permițând cât mai curând revenirea vezici la starea de funcțiune normală.

Concomitent cu acestea vom avea în vedere starea generală a bolnavului, contribuind la remontarea forțelor sale slăbite și printr'un control regulat vom supraveghea buna funcționare a tutulor aparatelor.

Cu observarea acestor reguli și cu un tratament indicat după cazuri vom evita diferitele accidente sau complicații ce pot surveni în timpul convalescenței.

AVANTAJII.

Avantajiile prostatectomiei transvezicale în doi timpi sunt multiple.

Mai întâi, primul timp al acestui procedeu *cistostomia este o intervenție ușoară*, simplă, de scurtă durată care se poate face cu anestezie locală.

Luptând cu o eficacitate evidentă asupra unei vezici bolnave, distinsă, cu urini purulente și cu odoare amoniacală cistostomia este incontestabil un *mijloc de drenaj superior.*

Permite în plus o curățire mai complectă prin spălăturile ce se pot administra și consecutiv *o dezinfecție mai rapidă* a acestui organ, asupra căruia sonda à demeure nu parvine să o golească pe deplin.

Dar în vezică ne mai fiind stagnație de urină nu vom mai avea prin urmare *nici tendința la congestie* a *bazinului mic* sau la *distensia ureterelor* și a *bazinetului.*

Mai mult retenția și infecția vezicală repercutându-și fatal consecințele mai departe asupra rinichiului organul principal al aparatului urinar — provocând și întreținând leziuni de natură a-i compromite valoarea lui funcțională, resimțită cu atâta intensitate de întreg organismul,—rezultă în mod firesc că odată retenția înlăturată și infecția combătută, scoatem de sub o amenințare funestă acest organ, *redându-i* posibilitatea unei reveniri la *o funcțiune* dacă nu totdeauna perfect normală dar în tot cazul *mult ameliorată.*

Cifra azotemiei — constata lui Ambard — probele de eliminare și de concentrație controlate după

cistostomie ne permit să ne dăm seama de avantajele obținute.

Și dovada acestor beneficii ale cistostomiei o dă îndeajuns aspectul clinic al bolnavului. Este într'adevăr surprinzător transformarea rapidă ce se produce la acești bătrâni bolnavi cu tare, majoritate urinari vechi cu leziuni profunde, cari vin în acea stare deplorabilă de cașecsie prostatică, magistral descrisă de Guyon.

Febra lor scade, setea se potolește, procentul urinelor începe a reveni la normal, turburările digestive și circulatorii se amendează și tot acest ansamblu se traduce printr'o micșorare evidentă a cifrei azotemiei și a constantei.

Dar prostatectomia transvezicală în doi timpi mai aduce încă, prin însăși distanțarea celor două intervenții o diviziune consecutivă și deci o *diminuare în gravitatea operației* pentru acești bolnavi în vârstă, intoxicați și infectați și a căror insuficiență funcțională renală și hepatică nu le-ar îngădui să suporte șockul operației într'o singură ședință.

Dacă enuclearea tumori adenomatoase se face oarecum mai dificil în urma cistostomiei, fapt care a fost considerat ca un incovenient al acestei metode — nu e mai puțin adevărat însă că acest incovenient își are și partea lui însemnată de avantajii. E drept că enuclearea se face mai ușor atunci când toată operația e practicată într'o singură ședință, căci tumoarea uretro-prostatică este separată de țesutul învecinător printr'un strat celular lax, constituind un plan de clivaj bun și degetul îl deslipește fără nici o greutate, dar și emoragia consecutivă este mai mare.

In urma cistostomiei preliminare înlăturându-se congestia, exudatele se rezorb și un proces de sclerozâ se organizează, transformând acest strat celular lax, în țesut fibros, stabilind astfel o aderență mai pronunțată a tumori — ea însuși mai micșorată — la țesutul învecinător. Așa că dacă enuclearea în atari condițiuni este mai dificilă și tendința la *emoragie este mai mică.*

Mai mult încă, consecutiv cistostomiei, procesul de scleroză interesează pe lângă cavitatea ce rezultă în urma enucleerei—fapt de o importanţă capitală—planurile superficiale ale plăgi şi ţesutul prevezical, *diminuând* cu multă eficacitate *căile de absorbţie ale infectei* locale şi generale.

Intervalul de timp, între cistostomie şi ablaţia de mai târziu, serveşte ca un stadiu preparator pentru bolnav şi edificator pentru chirurg, permiţând să ne dăm seama asupra stării generale a bolnavului, pe cari ameliorându-l, *putem interveni în condiţiuni favorabile* pentru operaţia definitivă.

Dar pe lângă aceste multiple avantajii datorite în special cistostomiei primitive, vin să se asocieze în plus şi cele obţinute în urma complectării operaţiei cu enuclearea pe cale transvezicală, astăzi în urma perfecţionărilor aduse, recunoscută de chirurgi autorizaţi ca cel mai bun procedeu.

In primul rând însuşi acest al doilea timp al operaţiei este *de scurtă durată;* se efecctuează cu anestezie rachidiană — sau chiar cu anestezie locală.

Cu o technică mult simplificată se face totuşi *o operaţie complectă*, ridicându-se întreaga tumoare adenomatoasă; posibilitatea recidivelor este înlăturată.

Vezica în urma repaosului din timpul cistostomiei îşi revine şi obstacolul definitiv eliminat evacuiază urinele cu uşurinţă, realizând astfel o *restabilire satisfăcătoare a funcţiei urinare* şi de aici o remontare a întregi stări generale a individului.

Enuclearea, am văzut se face prin planul de clivaj, prostata rămânând pe loc; canalele ejaculatoare sunt respectate, *funcţia genitală conservată.*

Dacă pe lângă toate acestea vom adăoga lipsa complicaţiilor din partea uretrei — a incontinenţelor — lipsa complicaţiilor din partea rectului, se înţelege cum toate aceste avantajii le înglobează, cu tot procentul de beneficii pentru bolnav — Prostatectomia transvezicală în doi timpi.

INCONVENIENTE.

S'au atribuit acestei operaţii şi oare-cari inconveniente. D.eparte însă de a-i scădea din valoarea sa terapeutică, acuzaţiile aduse, lovindu-se de succesele ce nu puteau fi tăgăduite ale acestei metode, au contribuit şi mai mult la răspândirea şi aprecierea ei asigurându-i un loc de frunte în practica chirurgicală

Aşa s'a zis că bolnavul prin acest procedeu, perde un timp destul de lung stânjenindu-l din activitatea lui; reţinerea în spital, orificiul hipogastric cari trebue întreţinut curat, aşteptarea şi perspectiva celei de-a doua intervenţii, sunt de natură a-i scădea din puterea lui morală.

Dacă la toate acestea însă, ţinând socoteală de vârsta bolnavului şi condiţiile în cari operăm, opunem rezultatele quoad vitam şi quoad futurum, inconvenientul rămâne minim.

S'a imputat că a practica două intervenţii în acelaş scop este un regres în starea de astăzi a chirurgiei. Dar a face o cistostomie prealabilă, pentru a executa mai târziu o prostatectomie în condiţii mai bune locale şi generale, este din contră absolut în concordanţă cu principiile cele mai moderne ale marei chirurgii.

Căci ce înseamnă în chirurgia intestinală un anus contra naturi, prealabil, decât unul din cele mai bune elemente de succes final, şi întru'cât chirurgia urinară nu ar avea dreptul ca printr'un meat contra naturi prealabil, să profite de o resursă preţioasă urmărind acelaş scop.

Că enucelarea este oare-cum mai dificilă în urma cistostomiei este just, dar de aici și până în a exagera, pretinzând un index specializat și dotat cu o forță herculeană cum se povestea despre Freyer, sunt legende cari fac onoare mai mult imaginației de cât unei argumentații serioase.

Dacă aderențele ce se stabilesc în urma procesului de scleroză, rețin mai pronunțat tumoarea adenomatoasă, aduc în schimb însă, după cum am arătat mai înainte, diminuarea hemoragiei și a cailor de absorbție ale infecției, cele două mari pericole din prostatectomia într'un timp.

Când se întâmplă ca degetul ce enucleză să fie împiedicat în manipularea lui între cei doi pereți cicatriciali ai plăgei (la indivizi grași în special), incizia mai mult mărită și depărtătorul aplicat, îndepărtează și acest neajuns.

Fistula hipogastrică cari poate surveni câte odată în urma operației, datorită fie aderențelor vezici la peretele abdominal, fie unei bride cari accidental în regiunea colului s'ar opune la eșirea urinei, nu constitue propriu vorbind un inconvenient, putându-se închide cu multă ușurință prin câteva puncte de sutură Cazuri de eventrație, citate de unii autori nu am observat nici unul.

INDICAȚIILE PROSTATECTOMIEI TRANSVEZICALE IN DOI TIMPI

Hipertrofia prostatei este o afecțiune justițiabilă de o cură radicală, adică de o intervenție pentru ablația definitivă a obstacolului uretro-prostatic, dat fiind evoluția ei fatală astăzi îndeajuns cunoscută.

Dar dacă în prima perioadă a acestei afecțiuni condițiile în cari se operează sunt bune, și a practica dintr'odată o prostatectomie este logic, mai târziu însă când retenția se instalează și în special când cortegiul diverselor complicații vine să-i se asocieze, nu se mai poate spune acelaș lucru despre condițiile în cari intervenim.

Sunt accidente ce nu pot fi tăgăduite și pe cari prostatectomia într'un timp, cu toate perfecționările de technică nu parvine a le evita. O cercetare mai de aproape a bolnavului în legătură cu evoluția afecțiunei aduce explicația cauzelor acestor accidente.

Retenția, origina comună a atâtor complicații septice va interesa mai târziu sau mai de vreme și rinichiul în valoarea sa funcțională, în puterea sa eliminatorie. Atunci forța de concentrație maximă se va scoborâ, poliuria ureică va scădea, celelalte eliminări se vor modifica, iar ureea crescând în sânge va ridica constanta; și consecințele acestei stricări a echilibrului normal sunt repercutate asupra întregului organism.

Ceeace rinichiul nu mai poate elimina se adună în

sânge împrăștiind la rândul lui întregei economii. Astfel retenția ureei va conduce la uremie.

Dar în ceeace privește eliminările, ficatul, asupra cărui lucru insistă Brulé și Garban într'o lucrare recentă, poate fi lezat deasemenea concomitent cu rinichii și dacă insuficiența sa nu se traduce atât de manifest, alterarea celulei hepatice nu este exclusă totuși în atari condițiuni.

Or, în fața acestei situații, prostaticii, bolnavi înaintați în vârstă aduc un trecut mai mult sau mai puțin bogat de afecțiuni variate — purtând în stare latentă leziuni vechi, deja instalate în decursul anilor și în primul rând leziuni renale, pecetia tuturor pericolelor asupra sănătății lor și din cari au reușit să scape.

Acești bolnavi sunt uremici în stare latentă spune Prof. Legueu. Și în această stare se găsesc majoritatea lor când către bătrânețe le survine în plus amenințările din partea prostatei.

Inainte de a fi prostatici, ei sunt renali vechi și când retenția se va instala, când accidentele toxice și infecțioase vor apare, echilibrul rezistenței lor vitale deja îngreunat de insuficiența renală dacă nu mai ascund și alte leziuni, va fi foarte puțin stabil.

Iată rațiunea pentru cari nu putem practica dintr'o dată prostatectomia la cei mai mulți dintre acești bolnavi față de care trebue să fim după cum spune chiar Freyer foarte circumspecți.

Și din acelaș motiv și statisticele prostatectomiilor erau atât de încărcate în procentul mortalității.

Prostatectomia deci dela început, departe de a fi o operație la cari să ne grăbim, va trebui din contră să fie prevăzută cu toate garanțiile pe cari le pot da explorațiile clinice și de laborator.

Dar cu cât măsurile de precauțiune vor fi mai riguroase, indicațiile operației într'un timp se vor restrânge și procedeul în doi timpi, ni se înfățișează mai bine înarmat contra multiplelor accidente ale afecțiunei.

Forgue găseşte necesară prostatectomia în doi timpi numai în cazul de infecţie vezicală gravă.

Pauchet pune indicaţiile în cazurile următoare: retenţia complectă cu cale falşe prostaticii infectaţi— prostaticii calcuroşi. Marion apreciind benignitatea acestui procedeu, socoteşte raţional să fie aplicat în cazurile de infecţie sau intoxicaţie urinară.

După Prof. Legueu vom împărţi în trei situaţiile când aplicarea acestui procedeu este vădit indicată:

1. *In caz de complicaţii urgente.* — Un prostatic în *retenţie acută* de urină şi când cateterismul nu este posibil; retenţia e însă complectă şi a insista cu sonda înseamnă a crea o cale falşe dacă nu e mai dinainte făcută. Practicându-i o prostatectomie de urgenţă fără a-i cunoaşte puterea de rezistenţă şi fără a-l pregăti, ne-am expune la consecinţe grave. Atunci o cistostomie imediată şi preliminară înlătură toate dificultăţile situaţiei şi salvează bolnavul, aducându-l în stare de a suporta cu bine, mai târziu şi ablatia obstacolului.

2. *In caz de accidente generale.* — Un prostatic retenţionist cronic, *infectat*, cari tolerează rău sonda à demeure, sau cari cu toată sonda continuă să aibă temperatura ridicată, va profita în urma cistostomiei cari îi asigură un drenaj larg şi o dezinfecţie mai mare a vezicei. Când însă simptomele *intoxicaţiei urinare* sunt manifeste, la aceşti retenţionişti cu distensie, cu incontinenţă, cari au limba uscată, tulburări digestive, sete continuă, leziuni profunde în tot arborele urinar, recurgem totuşi la o cistostomie pe care însă nu vom conta atât, dat fiind situaţia „în extremis" în cari trebue să o efectuăm.

3. *In caz de accidente locale.* — Cazul simplu şi frequent al unui bolnav cu retenţie de urină la cari diagnosticându-se o tumoară adenomatoasă uretro-prostatică — prostatectomia este raţională şi utilă.

In ce împrejurări prostatectomia într'un singur timp este contra-indicată pentru a trebui aplicat procedeul în doi timpi?

In acest scop vom avea în vedere *a)* vârsta bolnavului *b)* starea lui generală și locală *c)* starea diferitelor organe și *d)* în special valoarea funcțională a rinichiului. Pentru stabilirea funcțiunei renale avem la îndemână mijloacele cunoscute de exploratie: dozajul ureei în sânge, constata lui Ambard, proba eliminări albastrului de metilen -- probele de concentrație — examenul urinei în 24 ore.

Profesorul Marion acorda însemnătate probei de eliminarea a albastrului și dosajului ureei în sânge. Eliminarea este bună atunci când începe la sfârșitul primei jumătăți de oră, continuându-se cu intensitate în orele următoare; iar ureea să nu treacă de 0.50.

Profesorul Legueu se conduce mai ales după constanta Ambard și o consideră bună atunci când este sub 0.100, în care caz spune, o prostatectomie imediată se poate practica.

In serviciul D-lui Prof. Amza Jianu sunt cercetate dozajul ureei în sânge, constanta precum și proba concentrației maxime.

Totuși starea mulțumitoare a rinichilor, nu va fi singurul indiciu care să ne conducă în intervenția ce vom face, și examinarea atentă și a celorlalte organe ne va arăta direcția conduitei noastre. Așa ori de câte ori vom constata că inima, pulmoni, ficatul sunt într'o stare inferioară funcțiunei lor normale, avem indicația pentru o prostatectomie în 2 timpi cari micșorând gravitatea operației față de acești bolnavi cu o rezistență vitală scăzută, ne dă toate șansele unui succes.

De asemenea cu toată constanta bună sunt încă oare-cari accidente locale cari impun prealabil o cistostomie: o prostatită care supurează — o vezică infectată vor fi mult ameliorate prin această metodă, pentru a permite ulterior un tratament radical în condiții sigure.

La fel pot beneficia prostaticii cu hematurii continuii și intense, cari nu cedează la sonda à demeure și pe cari din contră chiagurile obstruând-o, fac ca vezica să se contracte.

Şi în regulă generală, Prof. Legueu recomandă ca la toţi bătrânii mai înaintaţi în vârstă să nu ne aventurăm dintr'odată la ablaţia obstacolului lor uretro-prostatic deşi ne-am găsi într'o situaţie asemănătoare, adică cu o constantă bună.

Când în urma examenelor făcute, obţinem o constantă rea — avem indicaţii vădite pentru o prostatectomie în 2 timpi.

Intre cei cu o constantă rea ni se înfăţişează de obicei şi mulţi prostatici calculoşi; în atare caz o cistostomie prealabilă ne permite scoaterea calculilor, durerile destul de violente sunt amendate şi treptat funcţia renală, starea lor generală se ameliorează înlesnindu-ne mai târziu în condiţii mai bune complectarea operaţiei.

Sunt chirurgi cari citează prostatectomii efectuate într'o singură şedinţă cu o constantă sau azotemie ridicată; cazurile sunt excepţionale însă şi pe o scară mai întinsă nu ar aduce de sigur cea mai bună statistică.

Iată aşa dar, cum această metodă operatorie salvează, scoţând din situaţii ce adesea pe drept pot fi considerate ca imposibile, o serie întreagă de bolnavi şi cucerind astfel cu succes din terenul postatectomiei într'un timp, cari trebue să-şi selecţioneze cu multă atenţie bolnavi.

S'ar putea totuşi argumenta că postectatomia practicată într'o singură şedinţă nu este obligator urgentă şi cu o examinare prin aceleaş mijloace de exploraţie clinică şi de laborator s'ar putea lua măsuri de precauţiune cari să-i asigure succesul intervenţiei.

Dela început putem observa însă, că chiar cu aceste măsuri luate, mijloacele de cari dispun cele 2 metode în vederea aceluiaş scop terapeutic sunt inegale; căci rezultatele obţinute prin sonda à demeure, nu pot fi alăturate totdeauna de cele obţinute prin cistostomie.

Asupra bolnavilor cari erau sondaţi, Guyon spune

printr'o frază categorică: „Sunt sau trebuesc să fie infectaţi". Şi cât de uşor se instalează infecţia cu toate consecinţele ei la aceşti prostatici retenţionişti în urma cateterismului, adesea oricât de riguros ar fi practicat, mai cu seamă când ureterele începând a fi distinse, oferă o cale de comunicaţie atât de largă între vezică şi rinichi.

Sunt însă, după cum am văzut, bolnavi cari nu pot tolera sonda, alţii cărora nu le aduce nici o ameliorare; mai mult cazurile urgente când bolnavul nu poate aştepta — il faut ou pisser ou perir — sau cazurile cu complicaţii infecţioase unde a aştepta mai mult înseamnă a mări pericolul.

Ne găsim deci în situaţii unde *dela început* se pune indicaţia prostatectomiei în 2 timpi. Dar în afară de toate acestea trebue să avem în vedere totdeauna şi aici vine indicaţia pentru *mai târziu* dacă se poate spune astfel, a acestei metode; surprizele supărătoare, pe cari ni le pot oferi foarte mulţi dintre aceşti bolnavi a căror sănătate aparentă ne poate înşela chiar în urma examinărei funcţiei lor renale. Echilibrul instabil al sănătăţei lor, de câte ori nu se poate strica brusc în urma operaţiei destul de bine condusă.

Şi cu câte avantagii nu prevenim aceste surprize numai efectuând prealabil o cistostomie atât de uşoară şi simplă. In cât din toate acestea ne putem întreba, dacă acest procedeu, care însumează maximum de precauţiuni în loc de a rămâne un tratament de excepţie nu ar trebui generalizat şi aplicat la un număr mai mare de bolnavi, lărgind astfel şi mai mult cadrul de aplicare al unui mijloc terapeutic excelent în chirurgia urinară.

CONTRA-INDICAȚII

Din cele ce am văzut asupra indicațiilor prostatectomiei transvezicale în 2 timpi, ne rămâne puțin de spus de contraindicații. Fără a cere mai mult decât ne poate da — după cum spune Carlier — când avem de a face cu afecțiuni prea serioase cu leziuni supra înaintate și când de altfel orice altă intervenție e zadarnică, am putea afirma că acest procedeu nu are contraindicații.

SPITALUL COLȚEA

CLINICA GENITO-URINARA

SERVICIUL

D-lui PROFESOR Dr. AMZA JIANU

OBSERVAȚII UROLOGICE

Observaţia 1.

Marin Radu, 60 ani. Intrat la 11 Octombrie 1920. Retenţie cronică incomplectă. Micţiuni prin regorjare. Hipertrofia prostatei. Prostatectomie transvezicală în doi timpi. Vindecare.

In antecedente nimic important. Cu 6 luni înainte micţiunea frequentă şi însoţită de dureri în tot timpul; a avut de câteva ori hematurie. Vine în serviciu pentru incontinenţă de urină. La examenul medical: raluri de bronşită, limba uscată, sete continuă. Globul vezical până aproape de ombilic. Rinichiul drept puţin palpabil.

La exploraţia cu bula olivară uretra liberă până în porţiunea prostatică, unde întâmpină rezistenţă.

Capacitatea vezicală 500 cmc. Rezidiul tulbure 400 cmc. Prostata mărită de volum.

Examenul de laborator: K=0,159, U=0,688.

Operaţia.

La 22 Decembrie 1920. Timpul I. Cistostomie, drenaj.

După intervenţie.

La 21 Ianuarie K=0,145. La 17 Februarie K=0,135.

Bolnavul ese din serviciu la 19 Martie 1921 cu fistula hipogastrică.

Revine la 29 Noembrie 1921.

La 3 Decembrie 1921 K=0,083.

La 6 Decembrie 1921. Timpul II. Prostatectomia. Se măreşte orificiul hipogastric şi se enucleză tumora adenomatoasă. Emoragie nu este aproape de loc; se tamponează cavitatea şi se drenează cu două tuburi de cauciuc.

Proba de concentraţie maximă:

Cantitatea de urină	Urea		Cloruri	
	la litru	în 24 ore	la litru	în 24 ore
19.XII 600 cmc.	12.80	7.68	5.31	3.19
20.XII 500 cmc.	18.20	9.10	5.30	2.65
21.XII 800 cmc. . . .	19.20	15.36	4.12	3.29
22.XII urea în sânge 0.957.				

In Ianuarie orificiul hipogastric tinde spre cicatrizare. Starea generală destul de bună, funcţia urinară restabilită. La sfârşitul lunei Februarie complet vindecat; ese din serviciu.

Observaţia 2.

Herşcu Smilovici, 58 ani. Intrat la 19 Octombrie 1920. Retenţie cronică incompletă. Hipertrofia prostatei. Prostatectomia transvezicală în 2 timpi. Vindecare.

In 1914 febra tifoidă. Cu 3 săptămâni înainte de a intra în serviciu dificultate în micţiune şi apoi retenţie completă; a fost sondat. Urina devine tulbure.

Vine pentru greutate şi dureri în micţiune.

Uretra liberă.

Vezica cu un rezidiu 1200 cmc. tulbure.

Prostată mărită de volum.

Rinichii nu se palpează.

Examenul de laborator: K=0,121, U=0,525.

Operaţia.

La 9 Noembrie 1920. Timpul I. Cistostomie, drenaj.

La 8 Decembrie K=0,097, U=0,443.

La 9 Decembrie. Timpul II. Prostatectomia. Se lărgeşte orificiul hipogastric şi se enucleză tumoarea adenomatoasă; tamponament, drenaj.

Totul merge în cea mai bună ordine. Urinele limpezi, micţiunea normală. Bolnavul este complet vindecat la 7 Ianuarie 1921.

Observaţia 3.

Iorgu Sultanovici, 65 ani. Intrat la 31 Martie 1920. Incontinenţă de urină. Hipertrofia prostatei. Prostatectomie transvezicală în 2 timpi.. Vindecare.

La etatea de 35 ani, blenoragie.

Cu 6 luni înainte micţiuni frequente, cari se accentuiază devenind imperioase şi apoi incontinenţă. In această stare intră în serviciu. Urinează foarte des, mai ales noaptea (40—50 ori în 24 ore) şi de multe ori nu se poate reţine.

Urinele limpezi ajung în cantitate de 4000—5000 cmc. în 24 ore.

Uretra liberă.

Prostata mărită de volum.

Rinichii nu se palpează.

Examenul de laborator :

La 27 Aprilie 1920: K=0,108, U=0,421.

Operaţia.

La 28 Aprilie 1920. Timpul I. Cistostomie drenaj.

La 25 Mai U=0,402.

La 16 Iunie 1920. Timpul II. Prostatectomia. Se face enuclearea tumorii, tamponament, drenaj tuburile Guyon-Perrier. Urmările post-operatorii dintre cele mai bune.

La 30 Iunie ese din serviciu vindecat.

Observaţia 4.

Gheorghe Aron, 70 ani. Intrat la 21 Octombrie 1920. Retenţie incompletă. Hipertrofia prostatei. Prostatectomie transvezicală în 2 timpi. Vindecare.

La vârsta de 27 de ani blenoragie. Bolnavul, vechi sifilitic, a avut acum 7 ani hemiplegie dreaptă.

Cu 6 săptămâni înainte are o retenţie completă de urină. Este sondat şi apoi i se administrează spălături vezicale. Apare o scurgere uretrală.

Intră în serviciu pentru această scurgere şi pentru dificultate şi dureri în timpul micţiunei.

Uretra permeabilă la explorarea cu bula olivară (No. 15).

Capacitatea vezicală normală. Rezidiul 650 cmc.

Prostata mărită de volum.

Rinichii nu se palpează.

Examenul de laborator:

K=0,158, U=0,575.

La 13 Noembrie 1920. Timpul I. Cistostomie, drenaj. Anestezie locală-Novocaină $1_0/^0$.

Se deschide şi se suturează vezica la peretele abdominal; drenaj.

La 9 Decembrie 1920 K=0,117, U=0,443.

La 15 Decembrie 1920. Timpul II. Prostatectomia.

Se enuclează tumoarea adenomatoasă; tamponament, drenaj.

Totul merge normal şi la 5 Ianuarie plaga hipogastrică complet închisă, puţin rezidiu vezical; nu mai are nici o durere şi urinează foarte bine. Bolnavul părăseşte serviciul vindecat.

Observaţia 5.

Tobias Blank, 58 ani. Intrat la 22 Octombrie 1921. Retenţie completă acută. Hipertrofia prostatei. Prostactomie transvezicală în doi timpi. Vindecare.

Cu 1 zile înainte are o retenţie completă acută şi este sondat.

Intră în serviciu cu retenţie completă de urină şi dureri cari iradiază în regiunea hipogastrică, pântecele balonat, globul vezical se ridică până la ombilic. Este sondat.

Uretra liberă.

Vezica distinsă. Rezidiu tulbure în mare cantitate.

Prostata mult mărită de volum.

Rinichii nu se palpează.

Nimic din partea organelor splachnice.

Examen de laborator.

La 14 Noembrie 1921. K=0,095, U=0,591.

Operația.

La 17 Noembrie 1921. Timpul I. Cistostomie, drenaj.

Se fixează vezica la peretele abdominal, drenaj cu tuburile Guyon-Perrier.

La 22.XI. Se suprimă tuburile şi se înlocuesc cu sonda Pezzer; pansamentul schimbat regulat.

Proba de concentrație maximă:

19, 20, 21 Decembrie 1921.

11.48, 16.20, 21.80, Ureea la litru.

Ureea în sânge după concentrația maximă 0,388.

La 27 Decembrie 1921. K=0,094, U=0,369.

La 28 Decembrie. Timpul II. Prostatectomia.

Se enucleză două tumori de mărimea unei caise. Tamponament; drenaj, tuburile Guyon-Perrier.

Plaga hipogastrică pune oarecare întârziere la cicatrizare. La 8 Februarie este închisă. Bolnavul, fără rezidiu vezical, urinează foarte bine. Ese complet vindecat.

Observația 6.

Vasile Grigorescu, 65 ani. Intrat la 11 Februarie 1921. Retenție completă. Hipertrofia prostatei. Prostatectomie transvezicală în doi timpi. Vindecare.

In antecedentele personale blenoragie şi reumatism. Cu o lună înainte a avut o retenție completă de urină; este sondat şi la 3 zile are hemoragie la sfârşitul micțiunei cari se repetă. Vine în serviciu cu retenție completă.

Uretra liberă.

Vezica distinsă, (retenție completă).

Prostata mărită de volum.

Rinichii nu se palpează.

Nimic din partea organelor splachnice.

Examenul de laborator:

La 19 Februarie 1921. K=0,131, U=,382.

Operația.

La 25 Februarie 1921. Timpul I. Cistostomie, drenaj.

Urinele încep a se limpezi.

La 31 Martie. K=0,095, U=0,421.

La 19 Aprilie K=0,090, U=0,487.

Ese din serviciu cu un meat hipogastric pentru a reveni în Octombrie 1921.

La 13 Octombrie 1921. Timpul II. Prostatectomia. Enuclearea tumorii. Tamponament, drenaj.

La 8 Noembrie orificiul hipogastric complet închis. Bolnavul fără rezidiu vezical urinează foarte bine şi părăseşte spitalul, definitiv vindecat.

Observaţia 7.

Mahmut Mahmet, 75 ani. Intrat la 15 Octombrie 1921. Retenţie completă. Hipertrofia prostatei. Prostatectomie transvezicală în doi timpi. Vindecare.

Cu trei săptămâni înainte neputând să urineze a fost sondat.

La intrarea în serviciu are retenţie completă de urină şi dureri pe traectul canalului uretral.

Uretra liberă.

Globul vezical ajunge la ombilic.

Prostata mărită de volum.

Nimic din partea organelor splachnice.

Examenul de laborator :

La 19 Octombrie 1921. K=0,089, U=0,582.

Operaţia.

La 22 Octombrie. Timpul I. Cistostomie, drenaj.

La 5 Noembrie. Timpul II. Prostatectomia.

Se enucleză două tumori, una de mărimea unei castane, cealaltă mai mică. Tamponament, drenaj, tuburile Guyon-Perrier.

La 21 Noembrie plaga hipogastrică complet vindecată. Bolnavul urinează foarte bine şi orice dureri au încetat. Starea generală bună. Părăseşte serviciul vindecat.

Observaţia 8.

Tudor Ştefan, 55 ani. Intrat la 22 Octombrie 1921. Stricturi uretrale. Retenţie cronică incompletă. Hipertrofia prostatei. Prostatectomie transvezicală în doi timpi. Vindecare.

In antecedente personale blenoragia, un şancru indurat, paludism şi febră tifoidă.

Cu 3—4 luni înainte, dificultate şi dureri în timpul micţiunei, nu urinà decât cu picătură. I s'au făcut dilataţii.

La intrarea în serviciu, micţiunea frequentă (35 ori în 24 ore); urinează cu greutate şi are usturimi.

La explorarea cu bula olivară prezintà stricturi largi (No. 16) la nivelul unghiului peno-scrotal.

Capacitatea vezicală 225 cmc. Rezidiul tulbure peste 200 cmc. Rinichii nu se palpează.

La cistoscopie, mucoasa uşor congestionată, numeroase coloane şi colul deformat ca un arc cu concavitatea în sus.

Prin tuşeul rectal, prostata puţin mărită de volum.

Examen de laborator :

La 1 Decembrie 1921. K=0,104, U=0,489.

Operaţia.

La 3 Decembrie 1921. Timpul I. Cistostomia.

Vezica este suturată la peretele abdominal, drenaj.

Pansamentul este schimbat regulat, tuburile cari apoi sunt înlocuite cu sonda Pezzer, drenează foarte bine.

Totul urmează în ordine.

Examen de laborator :

La 10 Ianuarie 1922. K=0,097, U=0,538.

La 11 Ianuarie 1922. Timpul II. Prostatectomia.

Se enucleză două tumori, una de mărimea unei măsline iar alta ceva mai mică. Se tamponează cavitatea rămasă în urma extirpării, drenaj cu tuburile Guyon-Perrier.

La 15 Ianuarie se scoate meşa şi un tub.

La 18 Ianuarie se înlocueşte tubul cu sonda Pezzer.

Plaga hipogastrică se micșorează treptat și la 21 Ianuarie se suprimă și Pezzer-ul. Rămâne o fistulă hipogastrică cu pereții sclerozați, violacei, care persistând, este apoi escizată. Sonda este suprimată. Bolnavul nu are nici frequență, nici dificultate în micțiune. Videază complect vezica. Ese complet vindecat la 10 Martie.

Observatia 9.

Lupu Cohn, 56 ani. Intrat la 30 Octombrie 1921. Retenție cronică incomplectă. Hipertrofia prostatei. Prostatectomia transvezicală în doi timpi. Vindecare.

In antecedentele personale, blenoragie la vârsta de 26 ani și apendicită.

Mai înainte cu 5 zile a avut o retenție complectă; a fost sondat; retenția se repetă. Vine în serviciu cu micțiuni frequente (ziua 10—12 ori, noaptea 7—8 ori), și însoțite de dureri în tot timpul. Trebue să facă eforturi în timpul urinării care se prelungește până la 5 minute.

Urinele sunt tulburi.

Uretra prezintă stricturi largi (No. 18).

Capacitatea vezicală 130 cmc. Rezidiu tulbure 500 cmc.

Prostata puțin mărită de volum.

Rinichii nu se palpează.

Nimic din partea organelor splachnice.

Bolnavul care a urmat un tratament paliativ ese din spital pentru a reveni la 8 Februarie 1922.

Capacitatea vezicală este mai redusă 100 cmc.

Examenul de laborator la 21 Februarie:

K=0,094, U=0,394.

Operația.

La 28 Februarie 1922. Timpul I. Cistostomie, drenaj.

La 25 Martie K=0,087, U=0,344.

La 10 Aprilie K=0,085, U=0,362

La 28 Aprilie 1922. Timpul II. Prostatecctomia. Se enucleză o tumoare de mărimea unei nuci; tampona-

ment, drenaj. Totul urmează în cea mai perfectă ordine; bolnavul îşi videază cu uşurinţă vezica şi frequenţa a dispărut. Starea generală bună.

La 19 Mai, complect vindecat, părăseşte serviciul.

Observaţia 10.

Ştefan Gurău, 66 ani. Intrat la 24 Noembrie 1921. Retenţie cronică incomplectă. Hipertrofia prostatei. Prostatectomia transvezicală în doi timpi. Vindecare.

Nimic de remarcat în antecedente. In 1917 are o retenţie complectă şi este sondat; în urma sondagiilor, pe cari le repetă, micţiunea ajunge frequentă; urmează un tratament medical, dar turburările urinare nu se ameliorează. In 1919 a avut hermaturii cari s'au repetat Intră în serviciu cu retenţie incomplectă şi dureri cari iradiază în regiunea hipogastrică. Micţiunile sunt frequente ziua ca şi noaptea, dificile şi însoţite de dureri la început. Urinele tulburi.

Rinichii nu se palpează.

Uretra liberă la exploraţia cu bula olivară.

Vezica are un rezidiu de 650 gr.

Prostata mărită de volum.

Examenul de laborator.

La 29 Noembrie 1921. K=0,098, U=0,456.

Operaţia.

La 2 Decembrie 1921. Timpul I. Cistostomie, drenaj.

La 27 Decembrie 1921. K=0,096, U=0,419.

La 4 Ianuarie 1922. Timpul II. Prostatectomia.

Se lărgeşte orificiul hipogastric şi se enucleză patru tumori, două de mărimea unei nuci şi celelalte mai mici. Se tamponează cavitatea rămasă şi se drenează cu două tuburi de cauciuc.

Totul urmează în ordine şi la 24 Ianuarie orificiul hipogastric este complect închis.

Bolnavul urinează bine; urinele sunt limpezi. Starea generală bună. Ese complect vindecat.

Observaţia 11.

Ionescu Ion, 51 ani. Intrat la 26 Decembrie 1921. Retenţie cronică incomplectă. Hipertrofie de prostată. Prostatectomie transvezicală în doi timpi. Vindecare.

În antecedentele personale blenoragia şi un şancru moale. Cu o lună înainte dificultate în micţiune: urinele erau tulburi. I s'au făcut sondagii şi spălături vezicale; a avut hematurie la sfârşitul unei micţiuni care s'a mai repetat.

Intră în serviciu cu frequenţă în micţiune (15—16 ori în 24 ore) şi disurie.

Uretra liberă la exploraţia cu bula olivară (No 21).

Capacitatea vezicală 350 cmc. Rezidiul tulbure 50 cmc.

Prostata puţin mărită de volum.

Rinichii nu se palpează.

Examenul de laborator :

La 2 Ianuarie 1922. K=0,088, U=0,419.

Operaţia.

La 10 Ianuarie. Timpul I. Cistostomia.

Fixarea vezicei la peretele abdominal, drenaj.

Plaga hipogastrică evoluează normal ajungând la un orificiu strâmt prin care pătrunde cu greutate sonda Pezzer.

La 25 Februarie K=0,087, U=0,383.

La 14 Martie. Timpul II. Prostatectomia.

Se lărgeşte orificiul hipogastric şi se face enuclarea tumorii adenomatoase; tamponament şi drenaj, cu 2 tuburi de cauciuc.

La 18 Martie se scoate meşa.

La 22 Martie se suprimă un tub.

La 25 Martie se pune sonda à demeure.

La 10 Aprilie orificiul hipogastric este închis.

Bolnavul nu mai are nici frequenţe nici dureri în micţiune. Videază complect vezica şi urinele sunt normale. Starea generală bună. Ese vindecat.

Observația 12.

Alexandru Zlăneanu, 70 ani. Intrat la 24 Decembrie 1921. Retenție cronică incomplectă. Hipertrofia prostatei. Prostatectomia transvezicală în doi timpi. Vindecare.

In antecedentele personale blenoragia și un șancru moale. Cu un an înainte a avut o hematurie care nu s'a mai repetat. De două luni urinează din ce în ce mai greu, ajungând în ultimul timp la picătură cu picătură; n'a urmat nici un tratament.

La intrarea în serviciu dificultate și dureri în regiunea hipogastrică la începutul micțiunei; durerile iradiază în lombe și sunt continui. Frequența micțiunilor (5—6 ori ziua), (2—3 ori noaptea). De câteva zile se stabilește incontinența.

Uretra liberă.

Vezica în distensie face glob până în dreptul ombilicului.

Prostata mărită de volum.

Rinichii nu se palpează.

Operația.

La 25 Decembrie 1921. Timpul I. Cistostomia, drenaj hipogastric. Urinele ușor sanghinolente la început după 3 zile se limpezesc.

La 12 Ianuarie 1922. K=0,091, U=0,479.

La 1 Februarie 1922. Timpul II. Prostatectomia. Se deschide plaga abdominală; enuclearea se face dificil, hemoragia e mică. Se tamponează cavitatea și se drenează.

La 24 Februarie plaga hipogastrică este închisă. Se suprimă sonda à demeure. Bolnavul urinează foarte bine. Starea generală bună. Ese complet vindecat.

Observaţia 13.

M. I. P., 62 ani. Hipertrofia Prostatei. Prostatectomia transvezicală în doi timpi. Vindecare.

Cu mult înainte începuse a avea dificultate în micţiune care se accentuează până ajunge că urină numai picătură cu picătură. Survine retenţia şi este sondat. micţiunile devin frequente atât ziua cât şi noaptea şi sunt însoţite de dureri. In Iulie 1920. hematurie. Turburările persistând se decide pentru un tratament radical şi intră într'un sanatoriu.

I se pune diagnosticul de hipertrofia prostatei şi este operat de D-l Prof. Dr. A. Jianu.

Examenul de laborator :

La 21 Mai 1921. Dozajiul ureei în sânge=0.800.

La 24 Iunie. K=0,109, U=0,628.

Operaţia.

La 1 Iulie 1921. Timpul I. Cistostomie, drenaj.

La 20 Octombrie. K=0,096, U=0,341.

La 28 Octombrie. Timpul II. Prostatectomia. Se face enucleareа tumorii adenomatoase uretroprostatice, tamponament, drenaj.

Plaga hipogastrică întârziind a se cicatriza este închisă prin câteva puncte de sutură. Bolnavul cu o stare generală perfectă,—şi cu o micţiune normală—părăseşte clinica complect vindeat.

Observaţia 14.

Leibu Iosef, 53 ani. Intrat la 17 Martie 1922. Incontinenţă. Retenţie incomplectă. Hipertrofia prostatei. Prostatectomia transvezicală în doi timpi. Vindecare.

In antecedentele personale tifos exantematic. Pe la începutul lunei Ianuarie are incontinenţă de urină; este sondat. Ziua urinează după voe dar cu dureri la începutul

micțiunei și în timpul defecației; durerile iradiează în regiunea hipogastrică și burse. Noaptea urina curge fără să simtă. A avut de câteva ori hematurie. In această stare intră în serviciu.

La explorarea uretrei cu bula olivară nu se poate trece în vezică din cauza unui obstacol la col.

Capacitatea vezicală 450 cmc. Rezidiu tulbure 350 cmc. Prostata mărită de volum și dureroasă.

Rinichii nu se palpează.

Examenul de laborator:

La 25 Martie 1922. K=0,142, U=0,538.

La 28 Martie 1922. K=0,155, U=0,496.

Urinele turburi.

Operația.

La 29 Martie 1922. Timpul I. Cistostomia, drenaj.

La 1 Maiu 1922. K=0,141, U=0,339.

La 18 Maiu 1922. K=0,107, U=0,39.

La 23 Maiu 1922. Timpul II. Prostatectomia. Enucleerea tumorii adenomatoase. Tanponament, drenaj.

Totul urmează în cea mai perfectă ordine și orificiul hipogastric este aproape închis. Dificultatea și durerile micțiunei au dispărut; urinează foarte bine.

Bolnavul într'o stare generală foarte bună este încă în spital.

Observația 15.

Marin Ene Crânguși, 52 ani. Intrat la 6 Februarie 1922. Retenție cronică incomplectă. Hipertrofia prostatei. Prostatectomie transvezicală în 2 timpi. Vindecare.

In antecedente nimic important. Inainte cu 5 luni de admitere în spital, micțiuni frequente atât ziua cât și noaptea. La intrarea în serviciu micțiunea frequentă (20 ori în 24 ore) însoțită la început de dureri ce iradiază în regiunea suprapubiană; jetul se oprește câteodată.

Rinichii nu se palpează.

Uretra liberă.

Capacitatea vezicală 150 cmc. Rezidiu puțin turbure 50 cmc.

Prostata mărită de volum.

Rinichii nu se palpează.

Examen de laborator.

La 13 Februarie 1922. K=0,098.

Operația.

La 17 Februarie 1922. Timpul I. Cistostomia.

Se fixează vezica la peretele abdominal, drenaj.

La 13 Marie. K=0,092.

La 28 Martie 1922. Timpul II. Prostatectomia.

Se incizează orificiul hipogastric și se enucleză tumoarea adenomatoasă; tamponament, drenaj.

La 1 Aprilie se scoate meșa.

La 8 Aprilie se suprimă Pezzer-ul și se pune sonda à demeure. La 21 se suprimă sonda.

La 22 Aprilie plaga hipogastrică complect închisă.

Bolnavul urinează foarte bine și nu mai are nici o durere; rezidiul vezical a dispărut. Ese complect vindecat.

Observația 16.

Niculae Făgărășeanu, 69 ani. Intrat la 16 Februarie 1922. Retenție complectă. Hipertrofia prostatei (?). Prostatectomia transvezicală în doi timpi. Vindecare.

Cu un an mai înainte, bolnavul are frequență în micțiune, mai cu seamă în timpul nopții.

Polakiuria este însoțită de dureri. In mai multe rânduri retenție complectă de urină.

In serviciu intră cu retenție complectă.

Uretra liberă la explorarea cu bula olivară (No. 18).

Vezica distinsă; se extrage 950 cmc. urină limpede capacitatea 125 cmc.

Prin tușeul rectal prostata ușor mărită de volum. Rinichii nu se palpează.

Examenul de laborator:

La 22 Februarie. K=0,087, U=0,379.

Operația.

La 1 Martie 1922. Timpul I. Cistostomie, drenaj.

La 22 Aprilie K=0,097. U=0,329.

La 3 Maiu 1922. Timpul II. Prostatectomia. Se enuclează cu dificultate o tumoare de un aspect slăninos; se trimete pentru examenul microscopic. Tamponament, drenaj.

Plaga hipogastrică s'a închis; bolnavul urinează foarte bine şi nu mai are dureri nici frequenţă. Nu a eşit încă din spital.

Observaţia 17.

Gheorghe Galeş, 61 ani. Intrat la 21 Februarie 1922. Calcul vezical. Hipertrofia prostatei. Prostatectomia transvezicală în doi timpi. Vindecare.

De 4 ani dificultate în micţiune care mergea crescând; în urma mai multor sondagii, spune bolnavul, a observat oarecare ameliorare. După doi ani greutatea în timpul urinării reapare. A fost operat pentru calcul vezical.

Intră în serviciu cu dificultate în micţiune şi dureri pe traectul canalului uretral iradiind în regiunea suprapubienă. Urinează des atât ziua cât şi noaptea şi are dureri cari se accentuează cu mişcarea. De obiceiu urina întârzie să vină iar jetul se opreşte câteodată. Urinele sunt purulente. Uretra liberă la explorarea cu bula olivară (No. 18).

Capacitatea vezicală 70 cmc. Rezidiu 50 cmc. Prostata uşor mărită de volum.

Operaţia.

La 22 Februarie 1922. Timpul I. Cistostomia. La explorarea cu degetul a vezicei se găseşte un calcul cât o castană, care se extrage. Se fixează vezica la peretele abdominal şi se drenează.

La 1 Aprilie. K=0.088.

La 21 Aprilie. K=0,086.

La 5 Maiu 1922. Timpul II. Prostatectomia.

Se enuclează o tumoare dură și aderentă de mărimea unei alune. Tamponament, drenaj.

La 26 Maiu plaga hipogastrică complect închisă și rezultatul operației foarte bun. Este complect vindecat.

Observația 18.

Vasile Oprea, 72 ani. Intrat la 3 Martie 1922. Calcul vezical. Hipertrofie de prostată. Prostatectomia transvezicală în 2 timpi. Vindecare.

Cu 3 ani înainte a avut o retenție complectă de urină; a fost sondat. De un an urinează foarte des mai ales noaptea; are dureri și hematurii din când în când.

La intrarea în serviciu, micțiunile frequente (20—30 ori în 24 ore), însoțite de dureri ce iradiază în membrele inferioare; durerile se accentuează cu mișcarea.

Uretra liberă.

Capacitatea vezicală 150 cmc. Nu are rezidiu. Prostată mărită de volum.

Rinichii nu se palpează.

Operația.

La 23 Martie 1922. Timpul I. Cistostomia. Se deschide vezica și se extrage un calcul de mărimea unei mandarine mici. Se fixează vezica la peretele abdominal și se drenează.

La 24 Aprilie K=0,092, U=0,361.

La 6 Maiu 1922. Timpul II. Prostatectomia. Se enucleză două tumori ovoide, una de mărimea unei mandarine, alta ceva mai mică. Tamponament, drenaj.

La 7 Iunie plaga hipogastrică este închisă. Bolnavul urinează foarte bine și nu mai are nici o durere; este complect vindecat.

Observaţia 19.

Ilie popa, 60 ani. Intrat la 21 Ianuarie 1922. Retenţie incomplectă. Hipertrofia prostatei. Prostatectomia transvezicală în doi timpi.

In antecedentele personale, blenoragia. Cu vre-o două luni mai înainte, bolnavul nu mai putea urina decât cu picătura şi după sforţări mari; a fost sondat.

La intrarea în serviciu, bolnavul are micţiunea frequentă (14—15 ori ziua, 10—12 ori noaptea) şi însoţită de dureri la început.

Uretra liberă la explorarea cu bula olivară (No. 21). Capacitatea vezicală normală. Rezidiu tulbure 60 cmc. Prostata mărită de volum.

Rinichii nu se palpează.

Examenul de laborator :

La 25 Ianuarie 1922. K=0,081, U=0,483.

La 30 Ianuarie 1922. Timpul I. Cistostomie, drenaj.

La 17 Februarie, plaga hipogastrică cicatrizată în jurul sondei Pezzer introdusă în vezică. Urinele sunt clare.

La 23 Februarie. U=,463.

La 25 Februarie. Timpul II. Prostatectomia. Enuclearea tumorii adenomatoase. Tamponament. Drenaj cu 2 tuburi de cauciuc. Bolnavul merge spre vindecare, când după 14 zile, dintr'o cauză independentă de operaţie (face o congestie pulmonară) sucombă.

Observaţia 20.

Marin Dinică, 59 ani. Intrat la 5 Martie 1922. Polakiurie. Hipertrofie de prostată. Prostatectomie transvezicală în doi timpi. Vindecare.

In antecedentele personale blenoragia. Cu 6 ani mai înainte a fost operat pentru calculi vezicali. Vine cu dificultate şi frequenţa în micţiune mai ales nocturnă; are o fistulă vezicală în regiunea hipogastrică în dreptul ci-

cătricei operatorii, cari — spune bolnavul — i s'a deschis în urma unui efort, după ce anterior observase o roşaţă şi oedem al pielei.

Uretra liberă.

Prostată mărită de volum.

Rinichii nu se palpează.

Examenul de laborator:

La 15 Martie 1922. K=0,110, U=0,390.

Operaţia.

La 23 Martie. Timpul I. Cistostomie, drenaj.

La 20 Aprilie K=0,090, U=0,389.

La 11 Maiu 1922. Timpul II. Prostatectomia.

Se enucleză o tumoare cât o mandarină. Tamponament, drenaj cu 2 tuburi de cauciuc.

La 15 Maiu se scoate meşa.

Tuburile cari drenează foarte bine sunt suprimate succesiv şi se pune sonda à demeure. Orificiul hipogastric evoluând spre cicatrizare se închide: este suprimată şi sonda. Nu are rezidiu. Bolnavul urinează perfect. Ese complet vindecat.

REZULTATELE.

Rezultatele obținute în cele 20 de cazuri din clinica D-lui Profesor Amza Jianu ne îndreptățesc să afirmăm că bolnavii cu drept cuvânt, beneficiază de acest tratament. Ei ajung la o restabilire a sănătății lor pe cari nu o mai sperau.

Vezica își recâștigă contractilitatea, retenția încetează, urinele devin clare și micțiunea voluntară reapare. Funcțiunea rinichilor se normalizează și întreaga lor stare generală se îmbunătățește.

Procentul mortalității este cu mult inferior față de cele mai bune statistici ale prostatectomiei într'un timp — după cele streine subjunătate în statistica noastră de fapt nici un mort,—în cât având în vedere condițiile în cari ni se prezintă majoritatea bolnavilor benignitatea acestui procedeu este definitiv stabilită.

Intr'adevăr căutând statisticele mai puțin încărcate ca letalitate ale prostatectomiei transvezicale într'un timp găsim :

După Prof. Marion procentul mortalității $14_0/^0$.
„ „ Pousson „ „ $13_0{}^0$.
„ „ Legueu „ „ $13_0/^0$.
„ Proust „ „ $12_0/^0$.
„ Rafin „ „ $16.07_0/^0$.

In spitalul Colțea, serviciul Prof. Herescu între anii 1907 911 când s'au făcut 57 prostectomii trans-

vezicale sunt înregistrate un număr de 16 decese, cea ce revine la un procent de 28.04%.

In acelaș serviciu Dr. Cealâc publică în 1918 o statistică de 25 prostatectomii transvezicale cu 4 morți. deci un procent de 16%.

In serviciul D-lui Prof. Dr. Amza Jianu din spitalul Colțea, unde am făcut această lucrare, s'au efectuat între anii 1921—22, 20 prostatectomii prin procedeul în doi timpi la cari propriu vorbind nu avem nici un caz mortal.

Bolnavul din observația 19 sucombat la 14 zile după intervenție, nu poate intra în statistica noastră, cauza morții independentă de operație fiind datorită unei afecțiuni intercurente.

In Franța prin acelaș procedeu:

Rafin dă un procent de mortalitate de 7.57%
Prof. Legueu „ „ „ „ de 5%.
Delbet „ „ „ „de 5%.

Prostatectomia transvezicală în doi timpi, deci reușind a scoborî atât de mult cifra mortalității și în plus permițând a se operà și vindecà numeroși bolnavi pe cari accidentele sau complicațiile lor grave îi făceau să fie considerați, după cum spune Prof. Legueu, ca un „noli me tangere", ni se înfățișează ca un progres real în cura radicală a hipertrofiei de prostata.

CONCLUZIUNI

1. Afecțiunea cunoscută sub numele de hipertrofia prostatei, se caracterizează din punct de vedere anatomo-patologic și patogenetic prin desvoltarea în porțiunea posterioară a uretrei, deasupra veru-lui montanum, a unor masse neoplazice de origină glandulară, de natură esențial benignă și a căror structură poate varia după cum procesul neoplazic interesează mai mult țesutul glandular, stroma conjunctivă sau ambele de o potrivă.

2. Aceste masse neoplazice care prin desvoltarea lor formează un obstacol la evacuarea urinei, sunt despărțite de țesutul prostatei pe care îl împing către periferie, printr'un strat celular mai mult sau mai puțin lax, care constitue planul de clivaj.

3. Tratamentul chirurgical singurul rațional și efectiv este prostatectomia, care trebue înțeleasă ca o enucleare a maselor adenomatoase uretro-prostatice.

4. Cu toate perfecționările de technică prostatectomia trasvezicală practicată într'o singură ședință este o operație serioasă și comportă o letalitate apreciabilă; cauzele morții fiind datorite accidentelor grave ce pot surveni în funcție de : vârsta înaintată, starea generală, starea locală, și în special insuficiența funcțională reno-hepatică.

5. Prostatectomia transvezicală în doi timpi ni se înfățișează ca o metodă capabilă de a face față tutulor acestor accidente :

a) Cistostomia prealabilă care se poate face și cu a-

nestezie locală, asigurând un drenaj larg evită complicaţiile toxi-infecţioase şi decongestionează bazinul mic.

b) Intervalul de timp între cele două intervenţii permite remontarea bolnavului.

c) Prostatectomia propriu zisă (enuclearea maselor adenomatoase) se efectuează cu anestezie rachidiană sau chiar cu anestezie locală, este de scurtă durată şi se face în condiţii mai sigure.

6. Procentul mortalităţii prin acest procedeu, cu mult redus faţă de cele mai bune statistici ale prostatectomiei într'un timp, fac împreună cu rezultatele terapeutice proba incontestabilă a superiorităţii sale.

7. Prostatectomia transvezicală în doi timpi merită a fi aplicată pe o scară cât mai întinsă.

Văzută şi bună de imprimat

Preşedintele tezei	*Decanul Facultăţei*
Prof. Dr. A. Jianu	**Prof. Dr. Th. Ionnescu**

In afară de subiectul tezei, candidatul este dator a răspunde la orice chestiuni medicale ce i se vor pune de către juriul examinator.

BIBLIOGRAFIE.

I. Albarran. — Médecine operatoire des voies urinaires, 1909.

Cunéo. — Du siège anatomique de l'hipertrophie dite prostatique.

Carlier. — Ass. fr. d'urologie, 1907.

A. L. Dentu-P. Delbet. — Traité de chirurgie clinique et opératoire, 1900.

P. Delbet. — Technique de la prostatectomie hipogastrique, 1920.

E. Denos et *H. Minet.* — Traité des maladies des voies urinaires, 1909.

F. Guyon. — Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate, 1888.

Jores. — Ueber die hypertrophie des sogenannten mittleren Lappens der Prostata.

F. Legueu — Traité chirurgical d'urologie, 1910.

F. Legueu et *E. Papin.* — Précis d'urologie, 1921.

G. Marion. — Leçons de chirurgie urinaire, 1910.

Marion. — Traité d'urologie, 1921.

Marion. — Technique chirurgicale, 1921.

Marquis. — L'origine de l'hipertrophie prostatique, 1910.

Motz et *Péréarnau.* — Evolution de l'hipertrophie de la prostate, 1905.

E. Papin et *H. Verliac.* — Etude sur les tumeurs bénignes uretro-prostatiques. Arch. urologique de la clinique de Necker, 1920.

Pauchet. — Prostactectomie sus-pubiene. Avantages et resultats, 1906.

Proust. — Indicat. et val. therap. des prostatectomies, 1904.

Proust. — Traitement de l'hipertrophie prostatique par la prostatectomie, 1906.
Testut et *Jacob.* — Traité d'anatomie topografique, 1914.
Velpeau. — Leçons cliniques.

Teze :

I. Papinian. — Contribuţiuni la tratamentul hipertrofiei prostatei prin prostatectomie, 1907.
L. I. Cornea. — Contribuţiuni la studiul tratamentului ipertrofiei prostatei prin prostatectomia transvezicală, 1908.
A. Taras. — Contrib. à l'etude de la prostatectomie transvezicale, 1908.
Augier. — La prostatectomie transvezicale, 1910.

Reviste :

Annales des maladies des voies urinaires.
Journal d'urologie.
Revue de chirurgie.